

**Izartxo (\*) batekin markatutako eremu/atal guztiak bete behar dira**  
**Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (\*)**  
**Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL**  
**Laranja koloreko eremuak MC MUTUALek bete beharrekoak dira**

**MC MUTUAL** sarrera erregistroa  
 Registro de entrada en **MC MUTUAL**

Eskaera osoa / Solicitud completa <input type="checkbox"/>	Barne erreferentzia / Referencia interna
Izapidegilearen izen-abizenak / Nombre y apellidos del tramitador:	
Izapidegilearen posta elektronikoa / Correo electrónico del tramitador:	

### 1. Norberaren Datuak (\*) / Datos Personales (\*)

Lehen abizena / Primer apellido	Bigarren abizena / Segundo apellido	Izena / Nombre	
IFZ/AIZ/Pasaportea / NIF/NIE/Pasaporte	Gizarte Segurantzako afiliazio zk / N° Afiliación a la Seguridad Social	Jaiotze data / Fecha de Nacimiento	
Harremanetarako helbidea (kalea/plaza/eskalera/pisua/atea...) / Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)			
Posta kodea / Código Postal	Herria / Localidad	Probintzia / Provincia	Telefono finkoa / Tel. Fijo
Tel. mugikorra / Tel. móvil	Posta elektronikoa / Correo electrónico	N° de hijos a cargo / Ardurapeko semealaben kopurua	

### 2. Prestazioaren datuak (\*) / Datos de la prestación (\*)

Baja medikoaren data / Fecha de baja médica	Baja medikoan egon zara aurreko sei hilabetetan arrazoi berdinarengatik? / ¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo?		
___/___/___	Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>		
<b>Baja medikoaren kausa / Causa de la baja médica</b>		<b>Gizarte Segurantzaren araubidea / Régimen de la Seguridad Social</b>	
Gaixotasun arrunta / Enfermedad Común (EC) <input type="checkbox"/>	Laneko ez den istripua / Accidente no Laboral (AC) <input type="checkbox"/>	Orokorra / General <input type="checkbox"/>	Autonomoa / Autónomo <input type="checkbox"/>
Gaixotasun profesionala / Enfermedad Profesional (EP) <input type="checkbox"/>	Laneko istripua / Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Itsasoa / Mar <input type="checkbox"/>	Ikatza / Carbón <input type="checkbox"/>
<b>Kolektibo/Sistema berezia / Colectivo/Sistema especial</b>			
Norberaren konturako Nekazaria / Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/>	Besteren konturako Nekazaria / Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/>	Artista / Artista <input type="checkbox"/>	Toreroa / Torero <input type="checkbox"/>
Tomate paketatzea / Empaquetado del tomate <input type="checkbox"/>	Etxea / Hogar <input type="checkbox"/>	Merkataritza ordezkaria / Representante comercio <input type="checkbox"/>	
<b>Kontratu mota / Tipo de Contrato</b>			
Finkoa / Fijo <input type="checkbox"/>	Aldi Baterakoa / Eventual <input type="checkbox"/>	Aldizkako finkoa / Fijo-discontinuo <input type="checkbox"/>	Besteak / Otros <input type="checkbox"/>
Lanaldi osoa / Tiempo completo <input type="checkbox"/>		Lanaldi partziala / Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	

### 3. Enpresaren datuak / Datos de la empresa

Izen soziala / Razón social	IFZ / NIF	Kotizazio Kontuaren Kodea / Código Cuenta Cotización	
___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Helbidea / Domicilio	Posta kodea / Código Postal	Herria / Localidad	Probintzia / Provincia

### 4. Aholkularitza (\*) / Asesoría (\*)

Izen soziala / Razón social	IFZ / NIF	Telefonoa / Teléfono	
___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Helbidea / Domicilio	Posta kodea / Código postal	Herria / Localidad	Probintzia / Provincia

### 5. Eskatzailearen banku datuak / Datos bancarios del solicitante

Finantza entitatearen izena / Nombre de la entidad financiera (1)
IBAN zenbakia (*) / Número IBAN (*)

- (1) Ordainketak banku transferentziaren bidez egingo dira. / Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.  
 (1) Zure prestazioa behar bezala ordaintzen dela bermatzeko, mesedez, ziurtatu banku kontuko datuak zuzenak direla.

**Izartxo (\*) batekin markatutako eremu/atal guztiak bete behar dira**  
**Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (\*)**  
**Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL**  
**Laranja koloreko eremuak MC MUTUALek bete beharrekoak dira**

Barne erreferentzia / Referencia interna

**6. Ordainketa zuzenaren kausa** (besteren konturako langileentzat bakarrik) (\*) / **Causa del pago directo** (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena) (\*)

Lan harremana iraungitzea, honako kausa bat dela eta / Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas			
Kontratuan aipatutako iraungitzea / Extinción recogida en el contrato	<input type="checkbox"/>	Kaleratzea / _Despido	<input type="checkbox"/>
Enpresaburuaren iraungitzea heriotza, erretiro edo ezintasunarengatik / Extinción del empresario por defunción, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>	Enpresaren borondatezko baja / Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Enpresaburua pertsona juridiko gisa iraungitzea / Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Ebazpen judiziala, administratiboa edo egintza Irmoa / Resolución judicial, administrativa o acto firme	<input type="checkbox"/>
<b>Aldi Baterako Ezgaitasunaren gehieneko epea agortzea</b> <b>Agotamiento del plazo máximo de Incapacidad Temporal</b>	<input type="checkbox"/>	365 egun baino gehiago / Más de 365 días	<input type="checkbox"/>
		545 egun baino gehiago / Más de 545 días	<input type="checkbox"/>
Beste kausak / Otras causas			
GSIN Altarekiko desadostasuna / Disconformidad Alta INSS	<input type="checkbox"/>	Eskuordetutako ordainketatik salbuetsitako langileak / Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado	<input type="checkbox"/>
Enpresaburuak eskuordetutako ordainketaren obligazioa ez betetzea / Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario	<input type="checkbox"/>	Iraungitzea (Aldizkako langile finkoak, EEE, Lan-utzialdia,...) / Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos, ERE, Excedencia,...)	<input type="checkbox"/>
Berriz gaitetzea laneko istripua edo gaixotasun profesionalarengatik, langabezia egoeran / Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo	<input type="checkbox"/>	Hamar langile baino gutxiagoko enpresa eta ondorengo sei hilabete baino gehiago eskuordetutako ordainketaren prestazioa ordaintzen / Empresa de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado	<input type="checkbox"/>
Besteak (Adierazi) / Otros (Indicar)	<input type="checkbox"/>	Erretiro Partziala / Jubilación Parcial	<input type="checkbox"/>

### 7. Beste datuak / Otros datos

Zuk araudi fiskalaren arabera aurrez ikusitakoa baino gehiagoko PFEZeko mota eman dakizula nahi duzu? / ¿Quiere usted que se le aplique un tipo de IRPF superior al previsto según la normativa fiscal? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO							
<small>Kasua baiezko *En nahitaezkoa da erantzea beteta eta "Eskaera / amaitzea borondatezko tipoko aplikazioko" inprimakia atxikipenarako sinatuta PFEZa". / *En caso afirmativo es obligatorio adjuntar cumplimentado y firmado el impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF".</small>							
<b>26 urtetik beherako eta minusbaliatuak diren hortik gorako eta eskatzailearekin bizi diren hartutako adinez txikiko seme-alaben datuak</b> <b>(bakarrik Gaixotasun Arruntoko eta lanekoa ez den Istripuko baja medikorako, lan harremana iraungitzeagatik ordainketa zuzena eragiten duenean)</b> <b>/Datos de hijos menores de 26 años y mayores discapacitados y de menores acogidos que convivan con el solicitante</b> (solamente para baja médica de Enfermedad Común y Accidente no laboral cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)							
Aurtengo errentak (1) / Apellidos y nombre (1)	NAN/AIZ/ Pasaportea / DNI/NIE/ Pasaporte	Jaiotze data / Fecha de Nacimiento	Egoera zibila / Estado civil	Ezintasuna Bai / Ez Incapacidad Si / No	Lanean arit da Bai / Ez Trabaja Sí / No	Iazko errentak (2) / Rentas año anterior (2)	Aurtengo errentak (2) / Renta año en curso (2)

(1) Besteren konturako langileentzat eta kapital etekineterako eta/edo beste errentetarako, etekin gordina hartuko da kontuan. Norberaren konturako langileentzat eta jardueraren profesional eta enpresa jardueretarako, etekin garbia hartuko da kontuan. / (1) Para trabajadores por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para los trabajadores por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

**Baimentzen dut, / Autorizo,** Dokumentu honen bidez Mutuak izapide honekin lotutako jarduerak 1 atalean zehazten den helbide elektronikora telematikoki bidaltzeko baimena ematen dut. / mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. **EZ DUT BAIMENTZEN / NO AUTORIZO**

**Aitortzen dut, / Declaro,** nire erantzukizunpean, eskaera honetan adierazitako datuak benetakoak direla, eta, adierazten dut, hein berean, aitortutako datuetan eragin daitekeen edozein aldaketan **MC MUTUAL** mutualitateari jakinarazteko obligazioaren jakinaraztearen gainean geratzen naizela eta, / bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a **MC MUTUAL** cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados y,

**Eskatzen dut, / Solicito** inprimaki honen sinaduraren bidez, Aldi Baterako Ezintasunarengatiko prestazioaren nire eskaera bideratzea / mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (e)ko / de \_\_\_\_\_ (r)en \_\_\_\_\_ (e)(a)n

Eskatzailearen edo ordezkariaren sinadura  
 Firma del solicitante o representante

Aipatutako baimena gauzatzeko, **MC MUTUAL**ek bide telematikoa bidezko komunikazioa garatu beharko du, egin beharreko jakinarazpen desberdinak bideratu ahal izateko. Bide telematikoa bidez egin ezin diren komunikazioak egingo dira interesatuak edo haren ordezkariak dena delako jakinarazpena jaso duela adierazten duen edozein baliabideren bidez. / Dicha autorización queda sujeta a que **MC MUTUAL** tenga desarrollada la comunicación vía telemática para las diferentes notificaciones a realizar. Aquellas comunicaciones que no puedan ser realizadas por vía telemática, se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante

# Aldi baterako ezintasunarengatik ordainketa zuzenaren eskaera

## Solicitud de pago directo por incapacidad temporal

Izartxo (\*) batekin markatutako eremu/atal guztiak bete behar dira  
 Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (\*)  
 Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL  
 Laranja koloreko eremuak MC MUTUALek bete beharrekoak dira

MC MUTUAL sarrera erregistroa  
 Registro de entrada en MC MUTUAL

Eskaera osoa /Solicitud completa <input type="checkbox"/>		Barne erreferentzia / Referencia interna	
Izapidegilearen izen-abizenak / Nombre y apellidos del tramitador:			
Izapidegilearen posta elektronikoa / Correo electrónico del tramitador:			
<b>1. Norberaren Datuak (*) / Datos Personales (*)</b>			
Lehen abizena / Primer apellido		Bigarren abizena / Segundo apellido	
IFZ/AIZ/Pasaportea / NIF/NIE/Pasaporte		Gizarte Segurantzako afiliazio zk Nº Afiliación a la Seguridad Social	
		Jaiotze data / Fecha de Nacimiento	
Harremanetarako helbidea (kalea/plaza/eskailera/pisua/atea...) / Dirección de contacto (calle/plaza/escalera/piso/puerta...)			
Posta kodea / Código Postal	Herria / Localidad	Probintzia / Provincia	Telefono finkoa / Tel. Fijo
Tel. mugikorra / Tel. móvil	Posta elektronikoa / Correo electrónico		Nº de hijos a cargo / Ardurapeko semealaben kopurua

### 2. Prestazioaren datuak (\*) / Datos de la prestación (\*)

Baja medikoaren data / Fecha de baja médica		Baja medikoan egon zara aurreko sei hilabetetan arrazoi berdinarengatik? / ¿Ha estado de baja médica en los seis meses anteriores por el mismo motivo?	
____/____/____		Bai / Sí <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>	
<b>Baja medikoaren kausa / Causa de la baja médica</b>		<b>Gizarte Segurantzaren araubidea / Régimen de la Seguridad Social</b>	
Gaixotasun arrunta / Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Lanekoa ez den istripua / Accidente no Laboral (AC) <input type="checkbox"/> Gaixotasun profesionala / Enfermedad Profesional (EP) ..... <input type="checkbox"/> Laneko istripua / Accidente de Trabajo (AT) <input type="checkbox"/>		Orokorra / General <input type="checkbox"/> Autonomoa / Autónomo <input type="checkbox"/> Itsasoa / Mar <input type="checkbox"/> Ikatza / Carbón <input type="checkbox"/>	
<b>Kolektibo/Sistema berezia /Colectivo/Sistema especial</b>			
Norberaren konturako Nekazaria / Agrario cuenta propia <input type="checkbox"/>		Besteren konturako Nekazaria / Agrario cuenta ajena <input type="checkbox"/>	
Tomate paketatzea / Empaquetado del tomate <input type="checkbox"/>		Etxea / Hogar <input type="checkbox"/>	
		Artista / Artista <input type="checkbox"/> Toreroa / Torero <input type="checkbox"/>	
		Merkataritza ordezkaria / Representante comercio <input type="checkbox"/>	
<b>Kontratu mota / Tipo de Contrato</b>			
Finkoa / Fijo <input type="checkbox"/>	Aldi Baterakoa / Eventual <input type="checkbox"/>	Aldizkako finkoa / Fijo-discontinuo <input type="checkbox"/>	Besteak / Otros <input type="checkbox"/>
		Lanaldi osoa / Tiempo completo <input type="checkbox"/>	
		Lanaldi partziala / Tiempo parcial <input type="checkbox"/>	

### 3. Enpresaren datuak / Datos de la empresa

Izen soziala / Razón social		IFZ / NIF	Kotizazio Kontuaren Kodea / Código Cuenta Cotización	
			____/____/____	
Helbidea / Domicilio		Posta kodea / Código Postal	Herria / Localidad	Probintzia / Provincia

### 4. Aholkularitza (\*) / Asesoría (\*)

Izen soziala / Razón social		IFZ / NIF	Telefonoa / Teléfono
Helbidea / Domicilio		Posta kodea / Código postal	Herria / Localidad
			Probintzia / Provincia

### 5. Eskatzailearen banku datuak / Datos bancarios del solicitante

Finantza entitatearen izena / Nombre de la entidad financiera (1)															
IBAN zenbakia (*) / Número IBAN (*)															

(1) Ordainketak banku transferentziaren bidez egingo dira. / Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria.  
 (1) Zure prestazioa behar bezala ordaintzen dela bermatzeko, mesedez, ziurtatu banku kontuko datuak zuzenak direla.

Izartzo (\*) batekin markatutako eremu/atal guztiak bete behar dira  
 Deben cumplimentarse todos los campos/apartados marcados con un asterisco (\*)  
 Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL  
 Laranja koloreko eremuak MC MUTUALek bete beharrekoak dira

Barne erreferentzia / Referencia interna

### 6. Ordainketa zuzenaren kausa (besteren konturako langileentzat bakarrik) (\*) / Causa del pago directo (sólo para trabajadores/as por cuenta ajena) (\*)

Lan harremana iraungitzea, honako kausa bat dela eta / Extinción de la relación laboral por alguna de estas causas			
Kontratuan aipatutako iraungitzea / Extinción recogida en el contrato	<input type="checkbox"/>	Kaleratzea /_Despido	<input type="checkbox"/>
Enpresaburuaren iraungitzea heriotza, erretiro edo ezintasunarengatik /Extinción del empresario por defunción, jubilación o invalidez	<input type="checkbox"/>	Enpresaren borondatezko baja / Baja voluntaria en la empresa	<input type="checkbox"/>
Enpresaburua pertsona juridiko gisa iraungitzea / Extinción del empresario como persona jurídica	<input type="checkbox"/>	Ebazpen judiciala, administratiboa edo egintza Irmoa / Resolución judicial, administrativa o acto firme	<input type="checkbox"/>
<b>Aldi Baterako Ezgaitasunaren gehienezko epea agortzea / Agotamiento del plazo máximo de Incapacidad Temporal</b>		365 egun baino gehiago / Más de 365 días <input type="checkbox"/>	545 egun baino gehiago / Más de 545 días <input type="checkbox"/>
Beste kausak / Otras causas			
GSIN Altarekiko desadostasuna / Disconformidad Alta INSS	<input type="checkbox"/>	Eskuordetutako ordainketatik salbuesitako langileak / Trabajadores/as excluidos/as de pago delegado	<input type="checkbox"/>
Enpresaburuak eskuordetutako ordainketaren obligazioa ez betetzea / Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario	<input type="checkbox"/>	Iraungitzea (Aldizkako langile finkoak, EEE, Lan-utzialdia,...) / Suspensión (Trabajadores/as Fijos-discontinuos, ERE, Excedencia,...)	<input type="checkbox"/>
Berriz gaixotzea laneko istripua edo gaixotasun profesionalarengatik, langabezia egoeran / Recaída por accidente de trabajo o enfermedad profesional en situación de desempleo	<input type="checkbox"/>	Hamar langile baino gutxiagoko enpresa eta ondoz ondoko sei hilabete baino gehiago eskuordetutako ordainketaren prestazioa ordaintzen / Empresa de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de la prestación en pago delegado	<input type="checkbox"/>
Besteak (Adierazi) / Otros (Indicar) <input type="checkbox"/> _____		Erretiro Partziala / Jubilación Parcial	<input type="checkbox"/>

### 7. Beste datuak / Otros datos

Zuk araudi fiskalaren arabera aurrez ikusitakoa baino gehiagoko PFEZeko mota eman dakizula nahi duzu? / ¿Quiere usted que se le aplique un tipo de IRPF superior al previsto según la normativa fiscal?  SI\*  NO

Kasua baiezko \*En nahitaezkoa da eranstea beteta eta "Eskaera / amaitzea borondatezko tipoko aplikazioko" inprimakia atxikipenarako sinatuta PFEZa". / "En caso afirmativo es obligatorio adjuntar cumplimentado y firmado el impreso "Solicitud / finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF".

**26 urtetik beherako eta minusbaliatuak diren hortik gorako eta eskatzailearekin bizi diren hartutako adinez txikiko seme-alaben datuak** (bakarrik Gaixotasun Arrunteko eta lanekoa ez den Istripuko baja medikorako, lan harremana iraungitzeagatik ordainketa zuzena eragiten duenean)  
**Datos de hijos menores de 26 años y mayores discapacitados y de menores acogidos que convivan con el solicitante** (solamente para baja médica de Enfermedad Común y Accidente no laboral cuando causa pago directo por extinción de la relación laboral)

Aurtengo errentak (1) / Apellidos y nombre (1)	NAN/AIZ/ Pasaporte / DNI/NIE/ Pasaporte	Jaiotze data / Fecha de Nacimiento	Egoera zibila / Estado civil	Ezintasuna Bai / Ez Incapacidad Sí / No	Lanean arida Bai / Ez Trabaja Sí / No	Iazko errentak (2) / Rentas año anterior (2)	Aurtengo errentak (2) / Renta año en curso (2)

(2) Besteren konturako langileentzat eta kapital etekinarako eta/edo beste errentetarako, etekin gordina hartuko da kontuan. Norberaren konturako langileentzat eta jardura profesional eta enpresa jardueretarako, etekin garbia hartuko da kontuan./ (2) Para trabajadores por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para los trabajadores por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

**Baimentzen dut, / Autorizo,** Dokumentu honen bidez Mutuak izapide honekin lotutako jarduerak 1 atalean zehazten den helbide elektronikora telematikoki bidaltzeko baimena ematen dut. / mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. EZ DUT BAIMENTZEN / NO AUTORIZO

**Aitortzen dut, / Declaro,** nire erantzukizunpean, eskaera honetan adierazitako datuak benetakoak direla, eta, adierazten dut, hein berean, aitortutako datuetan eragin daitekeen edozein aldaketa **MC MUTUAL** mutualitateari jakinarazteko obligazioaren jakinaraztean gainean geratzen naizela eta, / bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a **MC MUTUAL** cualquier cambio que se pueda producir en los datos declarados y,

**Eskatzen dut, / Solicito** inprimaki honen sinaduraren bidez, Aldi Baterako Ezintasunarengatik prestazioaren nire eskaera bideratzea / mediante la firma de este impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ (e)ko /de \_\_\_\_\_ (r)en \_\_\_\_\_ (e)(a)n

Eskatzailearen edo ordezkariaren sinadura  
 Firma del solicitante o representante

Aipatutako baimena gauzatzeko, **MC MUTUAL**ek bide telematikoa bidezko komunikazioa garatu beharko du, egin beharreko jakinarazpen desberdinak bideratu ahal izateko. Bide telematikoa bidez egin ezin diren komunikazioak egingo dira interesatuak edo haren ordezkariak dena delako jakinarazpena jaso duela adierazten duen edozein baliabideren bidez./Dicha autorización queda sujeta a que **MC MUTUAL** tenga desarrollada la comunicación vía telemática para las diferentes notificaciones a realizar. Aquellas comunicaciones que no puedan ser realizadas por vía telemática, se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante

Izaera Pertsonaleko Datuak Babesteari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoaren 5. artikuluan ezarritakoa betez, jakinarazten dizugu dokumentu honetan bildutako datu pertsonalak eta hura tratatzean lortu daitezkeen entitate honen fitxategi batean gordetako direla. Haren helburu bakarrak eskaintako laguntza medikoren jarraipena eta ondoren, aldi baterako, eman daitezkeen prozesuen prebentzioa dira. Seguratsun Buruari dagokio Mutual Midat Cyclopos-en segurtasun araudia bete izana zainitzea, entitateko datuen babestera. Horrek artatuko jakinarazpen eduki dezakeen edozein zailtasun edo kontsulta. Bartzelonako (08080) 35.138 zenbakidun Posta Kutxatillaren bidez helarazi. Zure datu pertsonaletan sartzeko, horiek zuzentzeko, aurka egiteko eta baliogabetzeko eskubidea duzu, Fitratzearen Buruari zuzenduriko idatzieraren bidez, aurretik aipatutako helbidean. Kumpulando con lo establecido en el art.5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales recogidos en este documento, así como aquellos que durante su tratamiento puedan obtenerse, se incorporarán a un fichero de esta entidad, cuyas únicas finalidades son el seguimiento de la asistencia médica dispensada, así como la prevención de eventuales procesos posteriores. La vigilancia del cumplimiento de la normativa de seguridad en Mutual Midat Cyclopos corresponde al Responsable de Seguridad para la protección de datos de la entidad, quien atenderá cualquier duda o consulta que sobre el particular se suscite, a través del Apartado de Correos nº 35.138 de 08080 Barcelona. Usted tiene derecho acceder, rectificar, oponerse y cancelar sus datos personales mediante escrito dirigido al Responsable del Fichero en la dirección anteriormente citada.

Laranja koloreko eremuak MC MUTUALEk bete beharrekoak dira  
Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

## ESKAERA HONEKIN AURKEZTU BEHARREKO DOKUMENTUAK DOCUMENTOS A PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD

### I. Eskaera guztietarako / Para todas las solicitudes

1. Indarreko NAN/AIZ/Pasaportearen kopia. / Copia del DNI/NIE/Pasaporte, en vigor.
2. “**Lan etekinaren gaineko atxikipenen PFEZ**” ereduaren jatorrizko eta behar bezala betetako alea, interesatuak beteta eta sinatuta. 145. Eredua (Euskal Autonomia Erkidegoan eta Nafarroan izan ezik). / Original debidamente cumplimentado del Modelo “**IRPF Retenciones sobre rendimiento del trabajo**” cumplimentado y firmado por el interesado. Modelo 145 (excepto en País Vasco y Navarra).

### II. Norberaren konturako langileentzat / Para trabajadores por cuenta propia

1. Baja medikoaren kausa Gaixotasun Arrunta (GA) edo Istripu Arrunta (IA) bada: Mediku baja gaixotasun arruntagatiko bada edo istripu arruntagatiko bada: bajako parte medikoaren fotokopia eta, bestela, altako agiri medikoa / Si la baja médica es por Enfermedad Común (EC) o Accidente Común (AC): fotocopia del parte médico de baja y, en su caso, parte de alta médica
2. Bere baja medikoko hilabetearen aurreko hilabetearen kotizazioko ordainketa frogagiriko kopia / Copia del justificante de pago de su cotización del mes anterior al mes de la baja médica
3. Jarduera egoeraren aitortpeneko jatorrizko alea. / Original de la declaración de situación de actividad.
4. Baja medikoaren kausa **Laneko Istripua** bada: lan istripuaren parte Delta sistemaren bidez izapidetu behar da ([www.delta.mtin.es](http://www.delta.mtin.es)) edo Katalunian, CONTA bidez ([www.conta.gencat.cat](http://www.conta.gencat.cat)). / Si la causa de la baja médica es por **Accidente de Trabajo**: el parte de accidente de trabajo tiene que estar tramitado a través del sistema Delta ([www.delta.mtin.es](http://www.delta.mtin.es)) o en Catalunya a través de CONTA ([www.conta.gencat.cat](http://www.conta.gencat.cat)).
5. Baja medikoaren kausa **Gaixotasun Profesionala** bada: gaixotasun profesionalako datuen formularioa izapidetu behar da. / Si la causa de la baja médica es por **Enfermedad Profesional**: el formulario de datos de enfermedad profesional debe de estar tramitado.

### III. Besteren konturako langileentzat / Para trabajadores por cuenta ajena

1. **Lan harremana iraungitzea**: enpresan bertan edo aurreko enpresetan kotizatutako azkeneko 180 egunen **Enpresa ziurtagiriaren** kopia alea. Horrez gain, entregatu daiteke ere Enplegu Zerbitzu Publikoaren **certific@2** sistemak ematen duen aztarna digitalaren kopia. Enpresa ziurtagiritan kotizatutako azken 180 egunak agertzen ez badira: Lan-bizitza eta kotizazio-oinarrien txostena. / **Extinción de la relación laboral**: copia del **Certificado de empresa** de los 180 últimos días cotizados en su empresa o empresas anteriores. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema **certific@2** del Servicio Público de Empleo. Si en los certificados de empresa no constan los 180 últimos días cotizados: Informe de vida laboral e Informe de bases de cotización.
2. **Erretiro partziala**: Kasu hauetarako enpresa ziurtagiri zehatzaren Kopia. / **Jubilación parcial**: Copia del Certificado de empresa específico para estos supuestos.
3. **Ordainketa zuzeneko gainontzeko kasuak**: baja hilabetearen aurreko hilabeteko kotizazio-oinarria egiaztatzen duen **enpresaren ziurtagiria**. Horrez gain, entregatu daiteke ere Enplegu Zerbitzu Publikoaren **certific@2** sistemak ematen duen aztarna digitalaren kopia. / **Resto de supuestos de pago directo**: copia del **Certificado de empresa** que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema **certific@2** del Servicio Público de Empleo.
4. **Enpresaburuak eskuordetutako derriqorrezkio ordainketa ez betetzea**: Salaketaren kopia (Bitartekotza eta Arbitraje eta Adiskidetzeta Zentroan -CMAC- egindako adiskidetzearen akta) edo aurretiko Erreklamazioaren edo eskearen kopia. / **Incumplimiento de la obligación de pago delegado por parte del empresario**: copia de la Denuncia (Acta de conciliación ante el Centro de Mediación y Arbitraje y Conciliación -CMAC-) o copia de la Reclamación previa o demanda.
5. **Enplegu erreglazio espedienteak (EEE)**: EEE Ebazpenaren kopia eragindakoen zerrendarekin. / Para los supuestos de expedientes de regulación de empleo (ERE): copia de la Resolución del ERE con la relación de afectados.
6. **Merkataritza ordezkariak**: Bajaren aurreko hileko kotizazio oinarria ziurtatzen duen enpresa ziurtagiriaren kopia. Enpleguko Zerbitzu Publikoaren **certific@2** sistemak ematen duen hatz-marka digitalaren kopia ere aurkez daiteke. / **Representante de comercio**: copia del Certificado de empresa que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema **certific@2** del Servicio Público de Empleo.
7. **Artistak eta zezenketa profesionalak**: Azken urterokoan egindako kotizazioak egiaztatzen dituen GZDOeko Ziurtagiriaren kopia. / **Artistas y profesionales taurinos**: copia del Certificado de TGSS acreditando las cotizaciones realizadas en la última anualidad.
8. **Besteren konturako nekazariak / Agrarios por cuenta ajena**:
  - a. Izaera orokorrek: Enpresa Ziurtagiriaren kopia alea. Horrez gain, entregatu daiteke ere Enplegu Zerbitzu Publikoaren **certific@2** sistemak ematen duen aztarna digitalaren kopia. / Con carácter general: copia del Certificado de empresa. También puede aportarse copia de la huella digital que otorga el sistema **certific@2** del Servicio Público de Empleo.
  - b. Jardunaldi errealka kotizatzen bada, jarduerarik gabeko aldiko kotizazio egoeraren Deklarazioaren originala ere bai. Eta, jarduerarik gabe egoteagatik kotizatzen bada, baja medikoaren aurreko hiru hilabeteetako kotizazioaren ordainketaren ziurtagiriaren kopia ere bai / En el caso de cotización por jornadas reales, también original de la Declaración de situación de cotización en periodo de inactividad. Y, en caso de que cotice por inactividad, también copia de los justificantes de pago de las cotizaciones de los tres meses anteriores al mes de la baja médica.
9. Baja medikoaren kausa Gaixotasun Arrunta (GA) edo Istripu Arrunta (IA) bada: baja parte medikoaren, hala dagokionean, alta medikoaren partearen kopia. Enplegatzailearen ziurtagiriak bajaren aurreko hilabeteko edo azken hiru hilabeteko kotizazio-oinarria egiaztatuko du, lanaldi partzialeko kontratuen edo aldizkako kontratu finkoen kasuan. / **Sistema especial del hogar**: Si la baja médica es por Enfermedad Común (EC) o Accidente Común (AC): copia del parte médico de baja y, en su caso, parte de alta médica. Certificado del empleador que acredite la base de cotización del mes anterior a la baja o los 3 meses anteriores en caso de contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo

### IV. Beste egoerak / Otras situaciones

1. Borondatezko PFEZ eremua bete izanez gero, eskaera honekin batera entregatu beharko da “PFEZ atxikipenen ondorioetarako tasa aplikazioaren eskaera/amiara” izeneko inprimakiaren jatorrizko alea, behar bezala beteta eta sinatuta. / En el caso de haber cumplimentado el campo IRPF voluntario, deberá adjuntarse, a la presente solicitud, original debidamente cumplimentado y firmado del impreso “Solicitud/Finalización de aplicación de tipo voluntario a efectos de retenciones de IRPF.”